

Stellungnahme zur
Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit
am 25. März 2015 zum

Gesetzentwurf
**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung in der Versorgung
in der Gesetzlichen Krankenversicherung**
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
BT-Drucksache 18/4095

Antrag der Fraktion DIE LINKE
**Private Krankenversicherung als Vollversicherung ab-
schaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für
alle**
BT-Drucksache 18/4099

Antrag der Fraktion DIE LINKE
**Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfs-
orientierte Planung sichern**
BT-Drucksache 18/4187

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
**Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Patien-
ten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben,
Qualitätsanreize ausbauen**
BT-Drucksache 18/4153

25. März 2015



I. Allgemeine Bewertung

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung in der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung soll die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sichergestellt werden. Damit will die Bundesregierung auf die demografische Entwicklung und unterschiedliche Versorgungssituationen in strukturschwachen Regionen und in städtischen Ballungsräumen reagieren sowie die Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts nutzen.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) teilt das von der Bundesregierung beschriebene Ziel, denn es ist gesetzliche Aufgabe der GKV die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihre Gesundheit zu verbessern. Die ständige Verbesserung der Versorgung gehört damit zu den elementaren Aufgaben der GKV.

Weiter einseitige Belastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Nicht zutreffend ist nach Meinung des DGB jedoch die Feststellung, dass das GKV-FQWG die Finanzierung nachhaltig gestärkt und auf eine solide Grundlage gestellt habe. Der darin geregelte Zusatzbeitrag allein für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer belastet mit künftigen Mehrbelastungen weiterhin einseitig die Versicherten. Damit wird die paritätische Finanzierung der GKV in Zukunft weiter zulasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verschoben. Da dies das einzige Ventil ist, über das Mehrbelastungen aufgefangen werden sollen, ist die Dynamik der Steigerung des beabsichtigten Zusatzbeitrages absehbar, wenn die Finanzsituation der GKV sich verschlechtert. Mit der Neuregelung geht der bisherige Arbeitnehmer-Sonderbeitrag von 0,9 Prozent in den neuen Zusatzbeitrag allein für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf. Das BMG beziffert den Fehlbetrag durch Abschaffung des Arbeitnehmer-Sonderbeitrages auf bisher elf Milliarden Euro. Nun führt das BMG mit diesem Referentenentwurf weitere Kosten in Höhe von mind. 405 Millionen

Euro auf, wobei der Entwurf weitere, nicht bezifferbare Mehrausgaben enthält. Es ist gegenüber den Versicherten unverantwortlich, dass die fehlende Deckung allein durch die neuen Zusatzbeiträge für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufgefangen werden muss. Das widerspricht dem Grundsatz der solidarischen Versicherung.

Der DGB fordert hier eine Umkehr, eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen, – auch angesichts der Gefahr von Milliarden zusätzlicher Kosten für die Versicherten aufgrund der geplanten Krankenhausreform.

Schwächung der Sozialpartnerschaft

Die geplante Neureglung in § 279 SGB V bedeutet eine weitere Schwächung der Sozialpartnerschaft in der sozialen Selbstverwaltung der GKV, wenn künftig – neben Arbeitgeber- und Versichervertretern – ein Drittel des Medizinischen Dienstes der GKV von der zuständigen Verwaltungsbehörde des Bundeslandes bestimmt wird. Damit wird eine teiltripartistische Regelung getroffen, denn die bestimmende Verwaltungsbehörde wird keine eigenen Angehörigen der Länderverwaltung, sondern Vertreter von Patienten- und Behindertenorganisationen sowie Vertreter der Pflegeberufe entsenden. Dabei bleibt erstens unberücksichtigt, dass die Patienten bereits von den Versichertenvertretern im Verwaltungsrat repräsentiert werden. Zweitens besteht die Gefahr, dass Leistungserbringerinteressen sowohl über die Patientenorganisationen als auch über die Pflegeberufsvertreter in den MDK-Verwaltungsrat Einzug halten. Drittens werden mit dieser Regelungen bereits Landespflegekammern Aufgaben zugeordnet, obwohl diese in der überwiegenden Zahl der Bundesländer nicht existieren. Die Einbeziehung der Pflegeberufe würde u.a. dazu führen, dass ihre Leistungserbringerinteressen einseitig privilegiert in den MDK-Verwaltungsräte vertreten wären. Parallel dazu werden die Beitragszahlerinteressen geschwächt. Daher lehnt der DGB die geplante Regelung ab, da die Staatsferne und Selbstverwaltung damit beeinträchtigt werden.

Der DGB bedauert sehr, dass die Begründung zu diesem Gesetzentwurf keine Gründe für die Umstrukturierung der MDK-Verwaltungsräte enthält, die zu ei-

ner Veränderung der Sozialpartnerschaft in der GKV führt und neue Verteilungskonflikte in die Gremien trägt. Zudem hat der Bundesrat inzwischen diese Regelung ebenfalls kritisiert.

Der DGB schlägt stattdessen vor, Erfolge und Effizienz der Sozialpartnerschaft von Arbeitgebern und Arbeitnehmern in den MDKen vor einer Gesetzesänderung wissenschaftlich evaluieren zu lassen. So könnte die Chance ergriffen werden, keine isolierte Änderung der sozialen Mitbestimmung im MDK, sondern gesamt der sozialen Selbstverwaltung in der GKV kohärent vorzunehmen.

Freiberufliche Hebammen werden von Beitragszahlern subventioniert

Die beabsichtigte Veränderungen des § 134a SGB V führen im Ergebnis dazu, dass das Haftungsrisiko für freiberufliche Hebammen im Gegensatz zu angestellten Hebammen auf die gesetzlichen Krankenkassen übergeht.

Neben der Umschichtung von Haftungskosten zu Lasten der Beitragszahler hält der DGB die Privilegierung von freiberuflichen Hebammen im Gegensatz zu anderen Freiberuflern im Gesundheitswesen und angestellten Hebammen für systemfremd. Zudem besteht die Gefahr, dass mit dieser Regelung sozialversicherungspflichtige Beschäftigung durch prekäre Selbstständigkeit verdrängt wird. Warum diese Regelung dazu beiträgt, eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, ist für den DGB begründungspflichtig.

Haltung zu Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung bleibt unkritisch

Mehrfach wird im Entwurf der Wettbewerb in der GKV in der Weise dargestellt, als wenn es sich um ein Ziel handeln würde. Dies ist jedoch weder § 1 SGB V noch § 1 SGB I zu entnehmen. Wettbewerb kann nur ein Instrument zur Förderung von Suchprozessen in der GKV sein. Das gilt auch für den Vertragswettbewerb mit sogenannten Selektivverträgen.

Der DGB fordert, endlich die Auswirkungen der bisherigen wettbewerblichen Steuerung im Gesundheitswesen – positive und negative – wissenschaftlich zu evaluieren, ebenso die Kosten und Wirkungen von Selektivverträgen. Damit würde die Möglichkeit bestehen, auf empirischer Grundlage eine ideologiefreie Debatte über die künftige Steuerung zu führen.

Arbeitnehmer sollen Innovationen allein bezahlen

Der geplante Innovationsfonds soll mit jeweils 150 Millionen Euro von den Krankenkassen als auch aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden. Nachdem der steuerfinanzierte Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds, der eigentlich die gesamtgesellschaftlichen Leistungen von mindestens 15 Milliarden Euro gegenfinanzieren soll, auf 10,5 Milliarden gekürzt wurde, bedeutet dies, dass beide Teile aus Beitragsmitteln finanziert werden sollen – also 300 Millionen Euro jährlich, zunächst bis 2019. Die gesamtgesellschaftlichen Leistungen, die den gesetzlichen Krankenkassen übertragen wurden, sind nicht weniger an Anzahl oder weniger finanzträchtig geworden.

Der DGB schlägt hingegen vor, den Innovationsfonds durch Steuermittel zu finanzieren, da es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die nicht nur den gesetzlich Krankenversicherten zugutekommt. Gleichzeitig gilt es, den Steuerzuschuss stetig parallel zu den Kosten für gesamtgesellschaftliche Leistungen weiter zu entwickeln und den Beitragssatz der GKV wieder paritätisch zu gestalten – und somit die einseitigen Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge abzuschaffen.

Sollte es bei der geplanten Finanzierung durch Beitragsmittel – direkt und indirekt – bleiben, sollte zumindest der Entscheidungsweg zur Vergabe von Mitteln aus dem Innovationsfonds verändert werden. Für den DGB ist es widersinnig, dass über Projekte zu Sektoren übergreifender Versorgung ausgerechnet im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) entschieden werden soll. Dieser ist Ausdruck und Repräsentant der Sektoren im Gesundheitswesen. Stattdessen sollte die soziale Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband mit der Vergabe der Innovationsmittel aus Versichertengeldern beauftragt werden.

Richtige Richtung: Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung

Der DGB begrüßt die Ansätze zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung, das heißt zum Abbau der Unter- und Überversorgung. Dafür soll ein Strukturfonds bei den kassenärztlichen Vereinigungen aufgebaut werden, der Zulassungsgebühren und Zuschüsse finanziert. Geplant ist eine hälftige Finanzierung durch die KV und durch den jeweiligen Landesverband der Krankenkassen. Die Steuerung kann jedoch wirksamer gestaltet werden, wenn die Ärzteschaft die Kosten für die Sicherstellung in unterversorgten Gebieten durch Umschichtung aus nicht unterversorgten Gebieten trägt. Dies schlägt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem aktuellen Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ vor. Ergänzend fordert der DGB, Krankenkassen generell wieder in § 140 SGB V die Errichtung und den Betrieb von Eigeneinrichtungen gesetzlich zu gestatten. Gerade in unterversorgten Gebieten wird so die Verantwortung der Krankenkassen für ihre Versicherten gestärkt.

Dass die Beurteilung der Dienstunfähigkeit von Beamtinnen und Beamten zukünftig auch durch den MDK erfolgen soll, ist systemfremd. Statt den MDK mit der Aufgabe der Beurteilung der Dienstfähigkeit von Beamtinnen und Beamten zusätzlich zu belasten, ist der Gesetzgeber gehalten, die Arbeitsbedingungen der Amtsärzte zu verbessern. Die Steigerung der Attraktivität dieses Berufes würde das Problem des Nachwuchsmangels lösen helfen und die vorgesehene Aufgabenverlagerung unnötig machen.

Zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin soll die Verbindlichkeit erhöht und Beschränkungen der Kassenärztlichen Vereinigungen beseitigt werden. Der DGB begrüßt die Förderung der Allgemeinmedizin. Angesichts des starken Zusammenhangs von Arbeit und Gesundheit sowie weiterer sozialer Determinanten fordert der DGB eine Stärkung sowohl der Arbeitsmedizin wie der Sozialmedizin in der Ausbildung und Weiterbildung der Ärzte. Grundsätzlich sind die Beitragszahler nicht für die Finanzierung der Ärztebildung zuständig. Daher lehnt der DGB die Finanzierung der Mediziner-(Aus)Bildung aus Beitragsmitteln ab.

Mit dem GKV-SV-Entwurf reagiert die Bundesregierung auf Berichte über die Diskriminierung gesetzlich Krankenversicherter bei der Terminvergabe, insbesondere in Facharztpraxen. Viele gesetzliche Krankenkassen haben im Interesse ihrer Mitglieder und Familienversicherten inzwischen Dienste zur Vermittlung von Facharztterminen eingerichtet. Wenn dies künftig von den Kassenärztlichen Vereinigungen geleistet werden soll, entspricht dies ihrem Sicherstellungsauftrag. Der DGB hält diese Änderung für sachgerecht.

Dies gilt ebenso für das geplante Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung, um Über- und Fehlversorgung zu vermeiden und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Der DGB spricht sich für eine Evaluation dieser Regelung aus, um Kosten und Wirkung sowie mögliche Änderungen anschließend auf wissenschaftlicher Grundlage diskutieren zu können.

Der DGB begrüßt die gesetzgeberischen Initiativen für eine integrierte Versorgung. Sowohl die weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung als auch die erweiterte Zulassung medizinischer Versorgungszentren ist dazu geeignet. Der DGB fordert jedoch, dass diese aus den Mitteln für die Vergütung niedergelassener Ärzte finanziert werden. Positiv hervorzuheben ist die Nutzenbewertung bei Medizinprodukten.

Größter Posten im Gesetzentwurf sind die 500 Millionen Euro für Konvergenzregelungen bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Ärzte. Der DGB zweifelt an der Wirksamkeit der „Soll-Regelung“ beim Aufkauf von Arzt-sitzen. Die „Kann-Regelung“ wurde kaum genutzt, und die Soll-Regelung enthält viele Ausnahmetatbestände. Die regionalen Vergütungsunterschiede ergeben sich in der Regel aus unterschiedlichen Versorgungsstrukturen. Daher sind die geplanten Mehrausgaben nicht zu rechtfertigen.

Fazit

Insgesamt enthält der Entwurf versorgungspolitische Ansätze, die in die richtige Richtung weisen. Da die Arbeitgeberbeiträge von der Bundesregierung gedeckelt werden, verbleibt das Finanzierungsrisiko für Fortschritte in der Versorgung allein bei den Arbeitnehmern über den Arbeitnehmersonderbeitrag. Dies lehnt der DGB entschieden ab.

II. Im Einzelnen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Über die im allgemeinen Teil angesprochenen Regelungen nimmt der DGB zusätzlich Stellung zu:

Nr. 15 (Änderung § 46 SGB V, Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld):

Der DGB begrüßt die Regelung zu Nr. 15 a.

Der in Nr. 15 b neu gefasste Satz 2 birgt aufgrund der auf Werktage bezogenen Formulierung Schwierigkeiten.

Arbeitstage sind nach allgemeinem Verständnis die Wochentage Montag bis Freitag und Werktage die Wochentage Montag bis Samstag. Da der Begriff Arbeitstage aber auf die tatsächliche Arbeitsleistung an einem Tag abstellt, können Arbeitstage auch Samstage, Sonntag und Feiertage sein, z. B. im Handel, Verkehrswesen oder Gastgewerbe. Die vorgeschlagene Regelung bereitet für Sonn- und Feiertage keine Probleme, kann jedoch für Versicherte, bei denen der nächste Arbeitstag nach Ende der laufenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ein Samstag ist, dazu führen, dass die mit der Neuregelung beabsichtigte Problemlösung nicht erfolgt. Der Samstag ist ein Werktag und somit müsste nach der derzeit beabsichtigten Neufassung von § 46 Satz 2 SGB V die Folgebescheinigung an diesem Tag vorliegen, obwohl Ärzte an Samstagen üblicherweise keine Sprechstunde haben und die Versicherten dieser Forderung dann nicht nachkommen können.

Daher fordert der DGB die Ergänzung durch einen Satz 3:

„Samstage gelten nicht als Werktag.“

Nr. 95 (Änderung § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung):

Der DGB fordert, dass neben Kommunen auch gesetzliche Krankenkassen das gleiche Recht haben müssen, medizinische Versorgungszentren zu gründen und zu betreiben. Daher sollte Absatz 1a wie folgt gefasst werden:

„Kommunen und gesetzliche Krankenkassen können medizinische Versorgungszentren auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder

Regiebetriebs gründen. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen und gesetzliche Krankenkassen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.“

III. Im Einzelnen zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen – Hochwertige und effiziente Versorgung für alle“

Der DGB teilt die Analyse der strukturellen Probleme der privaten Krankenversicherungswirtschaft, die sowohl ihre Kundinnen und Kunden als auch die Mitglieder und Familienversicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Mitleidenenschaft zieht.

Der DGB fordert jedoch eine veränderte Lösung, denn die Eigentumsrechte der Kundinnen und Kunden der privaten Krankenversicherungsunternehmen sind zu schützen.

Der DGB fordert, dass alle Neuzugänge in der Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern sind. Diejenigen Bestandskunden, die ihre privaten Krankenvollversicherungspolice zugunsten einer Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse kündigen wollen, müssen diese Möglichkeit erhalten. Die Dienstgeber auf Bundesebene sind gesetzlich dazu zu verpflichten, die Arbeitgeberbeiträge für die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen. Dabei ist zu gewährleisten, dass jedwede Veränderung der sozialen Sicherungssysteme nicht zu Lasten einer betroffenen Beschäftigtengruppe erfolgt.

Sollte sich die Geschäftstätigkeit der privaten Krankenversicherungsunternehmen durch politische Entscheidungen verändern, ist eine Beschäftigungsgarantie für die hiervon betroffenen Beschäftigten in einem integrierten Krankenversicherungssystem notwendig.

Neben diesen Punkten findet sich das gesamte Konzept des DGB unter:
http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/Buergerversicherung-statt-Kopfpauschale.pdf

IV. Im Einzelnen zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern“

Der DGB teilt die Richtung der Analyse der problematischen Bedarfsplanung.

Zu den vorgeschlagen Neuregelungen stellt der DGB über den allgemeinen Teil der Stellungnahme hinaus fest:

1. Der DGB begrüßt, wenn staatliche Ebenen ihrer Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung nachkommen sollen. Allerdings ist eine deutlichere Verknüpfung von Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung notwendig – auch im Sinne eines konsequenten Verständnisses von Konnexität. Der DGB fordert, dass Bund und Länder zunächst miteinander in den Dialog eintreten sollten, um das Investitionsloch bei der Krankenhausfinanzierung zu beseitigen und damit der sogenannten schleichenden Monistik entgegen zu treten.
Danach befürwortet der DGB eine sektorenübergreifende Planung. Dazu fordert der DGB aber, dass an dem „Gemeinsamen Landesgremium“ die Beitragszahlerinnen und -zahler obligatorisch entweder durch die soziale Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen oder Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften zu beteiligen sind.
2. Ebenso ist gesetzlich festzulegen, dass die regionale Versorgungsplanung – nur auf Grundlage einer ständig weiter zu entwickelnden regionalen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung stattfindet. Bedeutsam sind dabei die sozialen Determinanten der Gesundheit. Dies würde dazu beitragen, dass die Unschärfen der Begriffe „regionale Besonderheiten“, „Demografie“ und „Morbidity“ bei der Feststellung der notwendigen Bedarfszahlen an primär- und fachärztlicher Grundversorgung verringert werden.
3. Versichertenvertreter sind Ansprechpartner für die Sorgen und Nöte der Versicherten. Sie setzen sich z. B. in Widerspruchsausschüssen für die Versicherten ein und überprüfen schnell und unbürokratisch Entscheidungen der Krankenkassenverwaltungen. Sie erhalten hier auch wichtige Hinweise beispielsweise für das Qualitätsmanagement ihrer

Krankenkasse. All diese Erfahrungen fließen in die Arbeit des Verwaltungsrates ein, der die Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Krankenkasse bestimmt.

Die Versichertenvertreter in der sozialen Selbstverwaltung vertreten die Interessen der Kassenmitglieder und ihrer Angehörigen insgesamt – auch in ihrer Rolle als Patienten. Dabei rücken nicht nur bestimmte Krankheiten in den Brennpunkt, wie zum Beispiel das Thema Diabetes.

Die künstliche Trennung zwischen den Interessen der GKV-Versicherten sowie Patientinnen und Patienten muss aufgehoben werden. Spätestens mit der Einführung von Präventionsleistungen ins SGB V sind auch Versicherte, die nicht Patientinnen und Patienten sind, sowohl von den Leistungsträgern, den Krankenkassen, als auch von den Leistungserbringern abhängig. Die Rechte nicht nur der Patientinnen und Patienten, sondern aller Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen müssen gestärkt werden. Die bisherige Trennung zwischen Patienteninteressen und Versicherteninteressen, die leider im Antrag zum Ausdruck kommt, ist eine ideologische.

4. Wir benötigen eine bessere Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, um das Problem der drohenden Unterversorgung in einigen Gebieten mit dem Abbau von Überkapazitäten bei der niedergelassenen Kassenärztinnen und -ärzten zu lösen:
 - a) durch die Verknüpfung von Überversorgung und Honorierung, das heißt die Einführung von Abschlägen, um eine bessere Verteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte anzuregen,
 - b) durch die Unterteilung von Großstädten in kleinere sozialraumorientierte Planungsbezirke, um Unterversorgung in der ambulanten ärztlichen Versorgung auch in sozial benachteiligten Stadtvierteln zu begegnen,
 - c) durch beschränkte Zulassungen für Planungsbereiche ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent sowie
 - d) durch die Aufnahme aller Arztgruppen in die Bedarfsplanung und Berechnung des Versorgungsgrades, inklusive weiterer ermächtigter Einrichtungen.

V. Im Einzelnen zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen“

Zu den vorgeschlagen Neuregelungen stellt der DGB über den allgemeinen Teil der Stellungnahme hinaus fest:

1. Die Verlagerung von Steuerungskompetenzen muss gemeinsam mit Finanzverantwortung geplant werden. Staatliche Ebenen, wie Kommunen und Regionen, sollten nur parallel zur Finanzverantwortung höhere Planungs- und damit Steuerungskompetenzen erhalten.
2. Die Bedarfsplanung muss Sektor übergreifend weiterentwickelt werden - jedoch auf Grundlage einer ständig weiter zu entwickelnden regionalen Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. Bedeutsam sind dabei die sozialen Determinanten der Gesundheit. Dies würde dazu beitragen, dass die Unschärfen der Begriffe „regionale Besonderheiten“, „Demografie“ und „Morbidität“ bei der Feststellung der notwendigen Bedarfszahlen an primär- und fachärztlicher Grundversorgung verringert werden.
3. Eine neue Aufgabenverteilung muss auch die Arztzentriertheit des deutschen Gesundheitswesens beenden.